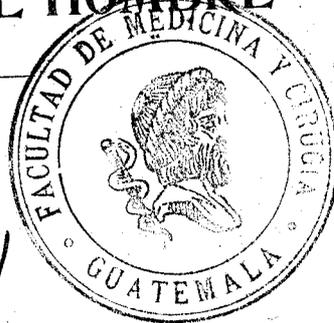


# FÍSTULAS URETRALES DEL HOMBRE



TESIS C.1

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y FARMACIA

POR

EDUARDO LIZARRALDE

(GUATEMALTECO)

Ex-interno del Hospital General en el Segundo Servicio de Cirugía de Mujeres, Sala de Maternidad y Casa de Salud de Señoras; Ex-Secretario de Redacción de "La Juventud Médica;"  
Ex-Cirujano del 2º Batallón de Santa Rosa (Campana Nacional de 1906.)

EN EL ACTO

DE SU INVÉSTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

OCTUBRE DE 1907

GUATEMALA

AMÉRICA CENTRAL.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE.  
Octava Avenida Sur, número 24.—Calle del Carmen.

# FÍSTULAS URETRALES DEL HOMBRE

---

DEFINICIÓN.—Entendemos por fístulas de la uretra, todos los orificios ó trayectos, accidentales y permanentes, que comunicando dicho conducto con el exterior ó el recto, dan paso á la orina. Esta definición excluye las llamadas *fistulas congénitas*, por no ser esas lesiones fístulas propiamente dichas, sino vicios de conformación.

DIVISIÓN.—Las fístulas de la uretra se dividen en dos grandes clases, según que establezcan una comunicación entre el canal y la superficie exterior del cuerpo (*fistulas uretro-cutáneas*) ó bien entre la uretra y el recto (*fistulas uretro-rectales*.)

La clase de las *fistulas uretro-cutáneas*, comprende en sí dos variedades importantes que hay que distinguir por razones de etiología, de pronóstico y por variar en ellas las indicaciones terapéuticas. Esta distinción se funda según el lugar que ocupa el orificio externo de la fístula. Si éste se abre en el perineo ó en el escroto, ya sea por uno ó varios orificios que existan en las dos regiones á la vez, *fistulas uretro-perineo-escrotales* ó en la parte libre del pene, *fistulas uretro-penianas*.

## Fístulas uretro perineo=escrotales.

ETIOLOGÍA.—De todas las fístulas uretrales, las que pertenecen á este grupo son las más comunes. Un hecho domina su etiología: la inmensa mayoría de estos enfermos son portadores de estrecheces, que á consecuencia de un absceso urinoso, les ha quedado su fístula, á manera de reliquia. El mecanismo de la producción de la fístula en este caso, es el siguiente: por detrás de una estenosis apretada, el canal sufre una dilatación progresiva, ocasionada por la fuerza centrípeta de la onda urinaria. En esta cavidad se estanca la orina, y la uretra es el sitio de una inflamación crónica que la adelgaza y la hace frágil. Al nivel de esa ampolla retrostrictural, se produce una grieta en el canal, la orina se infiltra en los tejidos perineales, se forma un absceso, cuya abertura en la uretra y la piel constituye un trayecto fistuloso completo mantenido por el paso de la orina y de los productos sépticos que acarrea, se convierte en una vía de derivación, tanto más grande, cuanto más apretada es la estrechez uretral.

Frecuentemente los orificios externos de las fístulas ligadas á las estrecheces son múltiples y se producen de una vez como sucede cuando los tegumentos han sido destruidos en varias partes, á consecuencia de una infiltración urinaria. Más á menudo se forman sucesivamente. Un absceso da nacimiento á un trayecto fistuloso;

y bajo la influencia del estancamiento de los líquidos en un trayecto irregular, se forman nuevos abscesos, que dan á su vez origen á la formación de nuevas fístulas. Es por este mecanismo que se multiplican la mayor parte de las fístulas perineales.

El traumatismo es excepcionalmente el origen de fístulas perineo-escrotales, por estar esta región bien resguardada en el organismo. En esta categoría debemos mencionar el cateterismo mal practicado que puede lastimar la uretra ó producir caminos falsos; la existencia de cálculos que procedan de las vías superiores ó que hayan tenido su origen localmente; estas son lesiones que, supurando, pueden dar lugar á la formación de abscesos y terminar por fistulización.

Las fracturas traumáticas de la uretra, las heridas de la misma, accidentales ú operatorias suelen fistulizarse cuando no se interviene á tiempo y se deja obrar á la acción irritante de la orina y á la infección de las superficies cruentas que terminan por epidermizarse.

Las inflamaciones diversas de los folículos y de las glándulas de la uretra, pueden originar fístulas. El mecanismo de su formación se explica por el intermediario de pequeños abscesos peri-uretrales que se abren á la vez en el conducto y en la superficie cutánea, como se ve en el curso de ciertas uretritis agudas ó crónicas. La inflamación de las glándulas de Cowper, cuando va acompañada de la formación de abscesos peri-uretrales, puede también dar origen á fístulas.

Los abscesos de la próstata que se abren en el perineo anterior y se comunican con la uretra, son causa también de fístulas perineales.

Por último, señalaremos entre las enfermedades generales que pueden producir fístulas perineo-escrotales, la tuberculosis, la sífilis y el cáncer.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las fístulas de esta región como todas las fístulas en general, están caracterizadas anatómicamente por tener los bordes del orificio y el trayecto que las constituye, recubiertos sea de epidermis, sea de epitelio y oponer por consiguiente superficies *no susceptibles de adhesión*. Ofrecen á nuestra consideración: *un orificio interno ó uretral*; uno ó varios *orificios externos ó cutáneos*; un *trayecto simple ó complicado*.

El orificio interno es único ordinariamente, aunque en algunos casos la pared inferior de la uretra presenta agujeros múltiples que se abocan á un trayecto ó á una cavidad común (absceso urinoso.) En la gran mayoría de los casos, el orificio interno está situado detrás de la estrechez. Las dimensiones de este orificio varían, pudiendo ser anchas si hay pérdida de substancia.

El orificio externo ó cutáneo es simple <sup>(1)</sup> y con más frecuencia múltiple <sup>(2)</sup>. Pueden establecerse de una vez á consecuencia de una infiltración de orina ó como sucede más á menudo sucesivamente

(1) Observación III.

(2) Observaciones I, II, IV y V.

después de una serie de abscesos. Se les encuentra indiferentemente sobre toda la superficie del perineo y del escroto; pero pueden abrirse en puntos muy lejanos del trayecto principal. Citaremos por orden de frecuencia la margen del ano, el pliegue de la ingle, el hipogastrio, la parte superior del muslo, la región glútea, etc.

Los orificios múltiples están separados por intervalos variables de piel sana ó reunidos en una masa fungosa. Su diámetro es algunas veces muy estrecho y no permite introducir una bujía filiforme. Estos orificios se abren en una vegetación rojiza, umbilicada á manera de cloaca de gallina; en otros casos están ocultos bajo un pliegue de la piel.

El trayecto puede ser simple ó complicado. Cuando es directo presenta una dirección más ó menos rectilínea; pudiendo variar su longitud, según el grado de oblicuidad, de 3 á 10 centímetros. Forma bajo la piel una cuerda dura, apreciable al tacto. Por lo general es tortuoso, irregular y envía en diferentes direcciones divertículos terminados en fondo de saco ó que conducen á cavidades llenas de pus y orina. A la larga la superficie interna del trayecto se *epidermiza*, es decir, se recubre en totalidad ó en parte de una capa epitelial que se vuelve un obstáculo á la curación.

En los casos complicados, ó sea aquellos en que los trayectos se acompañan de modificaciones más ó menos profundas de los tejidos adyacentes, se observa en un primer grado la induración, al principio limitada á las paredes de los trayectos y que se extiende después al tejido celular de las bolsas y del perineo. El contacto prolongado de líquidos irritantes, en las paredes de los trayectos, determina una inflamación lenta, una especie de esclerosis de los tejidos. De aquí resultan deformaciones variables, abolladuras y eminencias de la región que modifican el aspecto de las partes.

En un grado más avanzado estas deformaciones pueden adquirir un grado excesivo de desarrollo.

En ciertos casos se encuentra en lugar de lesiones inflamatorias difusas verdaderos *tumores* aislados. Voillemier, cita la ablación de uno de esos tumores, cuyo examen histológico demostró ser un mioma fibroso; y Monod refiere la observación de un enfermo que presentaba en el perineo un tumor rodeado de tejidos indurados y que resultó ser un mioma elefantíaco.

Al lado de estas complicaciones, se debe señalar la *incrustación calcárea* de las paredes del trayecto, debida á la precipitación de las sales de la orina que se descompone por su permanencia en los tejidos.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.—El derrame anormal de orina durante las micciones, es el síntoma más importante y que permite por sí solo reconocer una fístula uretral. Este signo, generalmente fácil de comprobar, presenta en su modo de aparición, variedades clínicas numerosas, debidas al grado de coartación uretral y al diámetro y orientación del orificio interno. La totalidad de la orina puede salir

por el orificio ú orificios anormales: esto indica que el orificio interno de la fístula es ancho y que existe delante de él una estrechez muy pronunciada. Con más frecuencia solo sale por esta vía una pequeña parte y la otra es expulsada por la uretra. En ciertos casos solamente se derraman algunas gotas por la fístula, al final de la micción ó poco tiempo después. Esta pequeña cantidad de orina, mezclándose al pus de que se encuentran llenos los trayectos, quedará enmascarada en sus caracteres y se puede concebir duda sobre su paso real á través de la fístula. Algunos autores aconsejan en este caso que se comprima el glande durante la micción; si la comunicación con el conducto existe, se forzará á la orina á refluir por los orificios cutáneos. Otro artificio que puede resolver la dificultad, consiste en inyectar con cierta presión en el meato líquidos coloreados, que se revelarán en los orificios fistulosos en caso que haya comunicación con la uretra.

En el intervalo de las micciones se ve salir por los orificios un líquido moco purulento, cuya cantidad aumenta por medio de presiones ejercidas al nivel de los orificios.

La salida del esperma por la vía anormal, ha sido notada en algunas observaciones, presentándose con diferencias individuales, que dependen como la salida de la orina, del grado de la estrechez, de las dimensiones del orificio interno, de su dirección, etc.

Al ocuparnos de la anatomía patológica, insistimos sobre los signos objetivos: sitio ordinario ó excepcional de los orificios externos, presencia de un cordón duro orientado hacia la uretra, en los casos simples; induraciones y deformaciones de la región, en los casos complicados.

Hay un signo que es común á todas las fístulas de la uretra: el eritema y las excoriaciones que se producen en el tegumento que está en contacto con la orina.

La exploración directa del trayecto, combinada con el cateterismo uretral, completará el diagnóstico. Se introduce una sonda metálica en la vejiga, si lo permite la permeabilidad del conducto; se empuja por el orificio externo un estilete flexible y abotonado; el encuentro del estilete con la sonda produce una sensación especial que no deja duda sobre la existencia de la fístula. Ocurre sin embargo que, debido á las sinuosidades del trayecto, el encuentro de la sonda y el estilete no se produce aunque la comunicación exista. Ante estas dificultades, será útil recurrir á la inyección de líquidos coloreados.

En presencia de una fístula perineal, el cirujano deberá eliminar las siguientes cuestiones: no se trata de un trayecto ciego, simple ó tuberculoso para-uretral; ni de una fístula del recto ó que dependa de una osteitis de las ramas isquiopubianas. La primera causa de error puede ser separada por la salida de la orina y la exploración al estilete. La segunda por la sensación especial que da el estilete sobre una superficie ósea desnuda y por la naturaleza del líquido derramado.

En fin, las fístulas perineales que se abren en la vejiga, serán fácilmente diferenciadas de las que se abren en la uretra, por el hecho de que en el primer caso, el derrame de orina es continuo é intermitente en el segundo caso. Este mismo carácter impedirá confundir una fístula uretro-hipogástrica con una fístula vesical que se abra en la misma región.

PRONÓSTICO.—La gravedad de las fístulas uretro-perineo-escrotales, depende de circunstancias diversas, algunas veces difíciles de apreciar.

Los principales elementos del pronóstico, los suministra la duración de la enfermedad, el estado de la uretra y regiones adyacentes y por último el estado general del enfermo. Siendo las estrecheces, la causa más frecuente de esta enfermedad, el pronóstico de esta última se confunde con el de aquellas. Una fístula reciente, cuyo trayecto está rodeado de partes blandas, sanas, será fácil de curar. Por el contrario, las que dependen de lesiones antiguas y profundas, sostenidas por estrecheces infranqueables, acompañadas de esclerosis de los trayectos, son muy rebeldes á todo tratamiento. (Obs. V.)

Estas fístulas consideradas desde el punto de vista de la salud en general constituyen una afección penosa que puede hasta amenazar la existencia. Si á los sufrimientos morales que acosan al enfermo que se vuelve un objeto de repugnancia para él y para los que le rodean, agregamos los dolores físicos ocasionados por el eritema y las ulceraciones que provoca el contacto de orina, se comprende que en los sujetos de edad ó débiles, estos dos órdenes de causas agraven el pronóstico.

Otro peligro á que están expuestos los enfermos es el de la reabsorción pútrida de orina y de pus contenidos en las cloacas de los trayectos. Resulta de esto una intoxicación lenta que puede manifestarse por trastornos digestivos<sup>(1)</sup>. Existe también la posibilidad, rara por fortuna, de la degeneración epitelial de los trayectos.

TRATAMIENTO.—El tratamiento profiláctico de las fístulas uretrales, es el de las lesiones previas á su formación. Los abscesos peri-uretrales ó de la próstata, las infiltraciones de orina, serán incindidas tan pronto como demuestren su presencia. Se tratarán las estrecheces y las uretro-cistitis concomitantes, en caso que existan.

Las lesiones sifilíticas locales deberán tratarse por la medicación yodo mercurial á altas dosis.

Una vez producidas las fístulas, dos grandes indicaciones dominan su terapéutica:

*Restablecer el curso anormal de la orina.*

*Obrar directamente sobre los trayectos fistulosos.*

De estas dos indicaciones, la primera es la más importante y

---

(1) En el enfermo objeto de nuestra observación V, esta intoxicación se manifestaba por una diarrea incoercible.

por la que hay que comenzar, porque en gran número de casos puede bastar para producir la curación. El restablecimiento del curso de la orina, implica dos órdenes de indicaciones: *suprimir el obstáculo uretral, si existe; impedir á la orina que llegue á la fístula.*

Consideraremos, entonces, sucesivamente: 1º, los medios dirigidos contra el obstáculo; 2º, los medios de desviar la orina de la fístula; 3º, los medios de obrar contra las fístulas.

MEDIOS DE OBRAR CONTRA EL OBSTÁCULO.—No nos ocuparemos de los numerosos medios empleados contra las estrecheces de la uretra. Expondremos únicamente las indicaciones especiales, que en el tratamiento de estas últimas, ocasiona la presencia de fístulas.

En una primera categoría de casos, cuando la fístula es única ó el número de orificios es restringido, cuando las lesiones perineales son recientes, sin induraciones profundas y extensas y la orina pasa en su mayor parte por el meato, bastará la *dilatación simple* ó precedida de la *uretrotomía interna* para producir la curación.

Por opuestos caracteres, se distingue otro grupo de hechos: antigua duración de las lesiones perineales, existencia de orificios fistulosos múltiples, induraciones muy marcadas, paso habitual de una gran cantidad de orina. A estos caracteres de las fístulas, pueden corresponder estados muy diversos del canal: ó bien se encuentra una estrechez infranqueable del conducto, generalmente de origen traumático, en cuyo caso no habrá vacilación: la uretrotomía externa sin conductor, con ó sin resección de la uretra, se impone como único medio para asegurar la restauración de la luz del conducto. En este caso conviene aprovecharse de un trayecto fistuloso para introducir en la punta posterior de la uretra, un instrumento que sirva de guía durante la operación.

Otras veces la exploración de la uretra permite reconocer que no existe una estrechez apretada; el calibre del conducto está suficientemente ancho para permitir un buen derrame de orina y sin embargo las fístulas persisten, sin que tengan ninguna tendencia á cerrarse. Aquí surge la segunda indicación de que trataremos más adelante: modificar las paredes de la fístula impropias para cicatrizar.

MEDIOS EMPLEADOS PARA DESVIAR LA ORINA.—Aunque en los casos favorables, la simple restauración del canal puede producir la cicatrización de las fístulas, lo general es ver que la orina continúe insinuándose en parte, por los trayectos. Es por esto que se vuelve necesaria la desviación de la orina que se busca con la *sonda permanente* y el *cateterismo repetido*. Tanto uno como

otro método tiene sus partidarios y sus detractores, no siendo nosotros los llamados á discutir una cuestión de práctica tan controvertida. Que nos baste decir que, estos dos medios terapéuticos: sonda permanente y cateterismo repetido, han dado cada uno de ellos, excelentes resultados. Entre estos dos valiosos recursos, el cirujano, juzgando con un criterio desprovisto de prejuicios y según las indicaciones que aparezcan en el curso del tratamiento, es el llamado á escoger. A menudo será útil asociarlos, substituirlos, por ejemplo, después de cierto tiempo de sonda permanente, por el cateterismo repetido.

Hay ciertos casos de fístulas rebeldes en que estos dos métodos de derivación de la orina no bastan ó son mal soportados. Para obviar estos inconvenientes, se ha recurrido á la *cistotomía hipogástrica*. Con este método complementario, se podrá mejorar la vejiga, si ésta sufre, al mismo tiempo que el perineo, cuyos tejidos se pondrán más flexibles, al mismo tiempo que estarán mejor nutridos. Creemos que será ventajoso practicar este método cuando la sonda permanente y el cateterismo repetido, hayan sido empleados sin resultado.

MEDIOS EMPLEADOS CONTRA LAS FÍSTULAS.—Antes de abordar esta parte del tratamiento, haremos observar que trataremos separadamente los medios que vamos á pasar en revista, por exigirlo así la descripción; pero diremos que en la práctica es lo corriente combinarlos entre sí, ó asociarlos á los otros métodos de que nos hemos ocupado con anterioridad.

Mencionaremos solamente por memoria los *tópicos resolutivos*, tales como cataplasmas, unguento mercurial, baños prolongados, pues si pueden prestar servicios en casos de brotes inflamatorios, no se debe esperar que su acción produzca el reblandecimiento de induraciones confirmadas.

Los medios terapéuticos destinados á obrar directamente sobre las fístulas ó las masas fistulosas, comprenden: las *inyecciones*, las *incisiones*, las *cauterizaciones* y las *excisiones*.

INYECCIONES.—Se empuja en los trayectos fistulosos inyecciones de sustancias irritantes, como tintura de yodo ó inyecciones de sustancias ligeramente cáusticas, una solución de nitrato de plata, por ejemplo, en la proporción de uno por cincuenta. Se inyectarán algunas gotas del líquido modificador todos los días ó alternativamente. El Profesor Guyon, ha obtenido buenos resultados con la tintura de yodo usada de esa última manera.

INCISIONES.—Este método consiste en hendir el trayecto ó trayectos fistulosos, sobre una sonda acanalada que se introduce por el orificio externo y se empujará tan lejos como sea posible. Esta operación llena múltiples indicaciones: evacuar las cavidades que

atraviesan las fístulas tan á menudo; reunir en una herida varios trayectos distintos; desembarazarlos de los cuerpos extraños ó de las incrustaciones que puedan encontrarse y por último, modificar los tejidos indurados que rodean la fístula.

CAUTERIZACIÓN.—Se emplea la producida por medios físicos y químicos. Se empleará de preferencia el termo-cauterio ó el asa galvano-cáustica que ofrece sobre este último la ventaja de poder ser introducida fría.

Lo más á menudo, sobre todo en casos rebeldes, es asociar la cauterización á las incisiones. Se harán los desbridamientos necesarios por medio del bisturí y después se tocarán con un cauterio las superficies puestas á descubierto.

El profesor Guyon aconseja hacer preceder la cauterización de un raspado, practicado por medio de la cucharilla cortante de la superficie interna de los trayectos. Se procurará por este medio quitar las fungosidades, ó las pseudo-mucosas que los recubren.

EXCISIÓN.—Este método se propone la extirpación metódica de la parte fistulosa é indurada del perineo (*perinectomia*) comprendiendo en algunos casos la uretra (*uretrectomia*) que será seguido del ensayo de restauración del canal por suturas uretrales ó para-uretrales ó por procedimientos plásticos.

Los primeros tiempos de la operación son los mismos que en la uretrotomía externa; cuando se puede pasar una bujía conductora, se empieza como en esta última operación, por practicar la uretrotomía interna y por colocar una sonda permanente. Terminado este tiempo preliminar, sea el que quiera el asiento de las fístulas en el perineo, resulte el tumor grueso ó pequeño y halla ó nó senos secundarios, se incinde ampliamente el perineo en la línea media del mismo y se busca la uretra á través de las masas induradas, pudiendo guiarse para esto por la introducción de un estilete ó una sonda en las fístulas. Una vez que se ha llegado á la uretra, se va en busca del foco primitivo, de aquel de que han partido todas las propagaciones purulentas secundarias, se desprende el canal y se extirpa en cada uno de los lados, todas las masas induradas que engloban el perineo y las regiones próximas, valiéndose para esto de pinzas de garfios, bisturí y tijeras. Después de haber quitado las masas cicatriciales peri-uretrales, en las cuales la uretra está englobada, aparece ésta en medio de tejidos los cuales deben ser flexibles. Si se comprueba que no se halla indurada la uretra misma y si no se logra descubrir ninguna abertura fistulosa en sus paredes, después de haberlas examinado cuidadosamente, la operación se limitará á esta *liberación externa de la uretra*, como la ha llamado el profesor Guyon, procurando tanto como se pueda conservar sus paredes. Pero resulta raro que ocurra así; la sección de los tejidos indurados, conduce casi siempre desde el principio, á la uretra, la cual queda abierta antes de que hayan sido extirpadas todas las masas duras y es forzoso practicar

una resección más ó menos extensa del canal, según las circunstancias del caso.

Cuando no se ha podido practicar la uretrotomía interna, como principio de la operación, se procederá como en las operaciones perineales sin conductor.

Cuando ya se han extirpado todos los orificios fistulosos de la manera indicada, pueden persistir aun los orificios cutáneos de los mismos, y conviene destruir dichos orificios al final de la operación, antes de proceder á restaurar la uretra.

**Restauración de la uretra.**—Se emplean para ello, varios procedimientos:

a). **SUTURA DE EXTREMIDAD CON EXTREMIDAD.**—Esta sutura solamente deberá intentarse en los casos en que exista una separación que no exceda de 3 ó 4 centímetros de la extremidad anterior y posterior de la uretra. Deberá practicarse la sutura por puntos separados, empleando catgut fino. Se separarán convenientemente las partes periuretrales y se colocará primero el punto central superior, que deberá anudarse en el interior de la luz del canal. Una vez anudado este primer punto se colocarán con facilidad puntos laterales que se anudarán al exterior. Ya reconstruido el conducto, se reparará por planos el perineo ó se dejará que cierre por segunda intención.

b). **RECONSTITUCIÓN DEL CANAL Á EXPENSAS DE LAS PARTES BLANDAS DEL PERINEO.**—Este procedimiento se empleará en los casos en que el anterior es inaplicable, por haberse resecado una porción vasta. Se reconstituirá primero el canal al rededor de una sonda permanente número 18 ó 20, que servirá de molde al futuro conducto, y la totalidad del perineo, después, por medio de suturas perdidas, colocadas en planos sucesivos y de manera que resulten solidarias unas de otras.

El primer plano que comprende las partes más profundas de la herida, rodea á la sonda y reconstituye el canal; se coloca luego otro plano superficial que se hace solidario del primero; se reune por último la piel por medio de otro plano de suturas practicadas con crin de Florencia.

c). **AUTOPLASTÍAS.**—Las operaciones autoplásticas se practican en los casos en que existe pérdida de substancia considerable, sea de la pared uretral ó la que ha sido determinada por la ablación de las masas fibrosas del perineo y de la porción enferma de la uretra. En estos casos la restauración no se puede verificar por la sutura directa ni por la sutura para-uretral. En la mayor parte de los casos, se limita la autoplastía á reconstituir la pared inferior del canal. Los procedimientos aconsejados son muy diversos y se inspiran en las circunstancias de cada paso particular. Frecuentemente se toman los colgajos de las partes laterales del perineo ó del escroto y se atraen por deslizamiento hasta colocarlos por delante de la fístula. La herida quedará rellenada, correspondiendo la cara cruenta de los colgajos hacia adentro. En otros casos, se invierte un colgajo por

delante de la pérdida de substancia con la piel dirigida hacia el conducto, quedando superficial la cara cruenta del mismo, la cual se puede cubrir por otro colgajo deslizado por encima del primero.

Siempre que se ponga en práctica un procedimiento autoplástico cualquiera, con el fin de llenar una pérdida de substancia de la uretra, deberá recordarse siempre que es muy raro que la operación logre su objeto en absoluto; casi siempre será necesario repetirla dos ó tres veces.

*d.) HETEROSPLATÍA.*—En este procedimiento se rellena la pérdida de substancia de la uretra por medio de un colgajo de mucosa tomado de otro órgano del enfermo ó de otra persona ó de un animal.

Lapiejko aconseja que se utilice la mucosa labial del enfermo y afirma haber operado de este modo, tres casos con éxito. En este procedimiento se suturan el colgajo de mucosa á la uretra, por delante y por detrás y se le sutura también lateralmente á las partes blandas del perineo.

*e.) REUNIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN.*—Puede intentarse la reunión por segunda intención por cualquiera de los procedimientos que hemos descrito y dejando la piel sin suturar.

*ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.*—Los cinco procedimientos de restauración que dejamos descritos, presentan indicaciones particulares de cada uno de ellos y todos pueden ocasionar fracasos.

Cuando la resección, sea circunferencial ó parcial y no deje entre las extremidades anterior y posterior de la uretra, más que una separación tal que puedan aproximarse sin distenderlas, el procedimiento más sencillo, es la sutura de la uretra.

Se reconstituirá el conducto á expensas de las partes blandas del perineo, cuando no sea fácil aproximar sus extremidades sin estirarlas.

La reunión secundaria total, sólo se halla indicada cuando no se ha podido desembarazar al perineo de todas las partes duras, y de los trayectos fistulosos, sino á costa de extensos destrozos; en este caso los tejidos del perineo quedan bastante separados para que sea posible reunirlos sin que estallen las suturas.

Cuando han sido necesarios extensos destrozos del perineo, los tejidos de éste, no bastan para cubrir la pérdida de substancia. Se practicará, entonces, una operación autoplástica ó heteroplástica; no inmediatamente, sino como lo aconseja Albarrán: en una primera sesión se limpiará el perineo y en otra se llevará á cabo la operación autoplástica. En tales condiciones estará siempre estrechada la herida y será menor la brecha que hay que llenar, obteniéndose por otra parte mayores seguridades de suturar los ingertos ó colgajos á tejidos sanos y recién avivados. En cuanto á la elección entre la autoplastia y la heteroplastia, no ha decidido aún la experiencia. Con ambos métodos se han obtenido buenos resultados. Según las circunstancias de cada caso se elegirá el procedimiento. Se podrá recurrir á la heteroplastia, cuando los tejidos próximos á la herida no permitan el corte de colgajos en buenas condiciones.

URETOSTOMÍA PERINEAL.—Estudiando Poncet (de Lyon), todos aquellos casos en que la terapéutica quirúrgica de las estrecheces, no da más que resultados malos ó poco durables, ideó y puso en práctica esta operación paliativa para derivar definitivamente el curso de la orina. Consiste en seccionar la uretra, por detrás de la estrechez, y en disecarla en la extensión de centímetro y medio, suturándola luego á la piel del perineo. A consecuencia de esta operación los enfermos orinan por el perineo, no teniendo incontinencia, porque conservan el aparato esfintérico de la uretra. Para evitar que cuando orinen ensucien sus ropas, lo harán en la *posición mujeriega*.

El apetito sexual permanece intacto; las erecciones son normales y la eyaculación se produce detrás de las bolsas, con las sensaciones habituales, quedándole al enfermo la posibilidad de recurrir á la fecundación artificial. Esta operación solamente deberá intentarse en los casos en que ningún otro medio ha producido por lo menos, alivio.

Habrá que tener en cuenta, por otra parte, la posición social del enfermo.

Un paciente rico, cuidadoso de su persona, puede obtener de cualquiera de los métodos de tratamiento, resultados muy diferentes de los que puede esperar un obrero, que no tiene posibilidad de hacerse sondar cuando deba, pues su trabajo diario le representa el pan. A éste hay que asegurarle un resultado definitivo y evitarle un tratamiento demasiado á menudo renovado.

En el enfermo de nuestra observación V, se practicó esta última operación, notándose mejoría en su estado general; pero eran tan extensas las induraciones, los trayectos tan sinuosos, atravesados por divertículos, á manera de cuevas de conejo, eran el sitio de una supuración tan abundante, que considerándose insuficiente esta derivación de la orina, é imposible la curación de las fístulas por los métodos ordinarios, con conservación del pene encorvado é inhábil para el coito, y de los testículos atacados de inflamación y próximos á la fusión purulenta, el Dr. Juan J. Ortega decidió y practicó, previo consentimiento del enfermo, la *emasculación total*.

A primera vista, se podría objetar á este tratamiento el ser demasiado radical; pero debe tenerse en cuenta que hay enfermos tan descuidados, que no se preocupan de buscar remedio á sus males, hasta que éstos los agobian y cuando la oportunidad de una intervención ha pasado, debido á su negligencia.

### Fístulas uretro-penianas.

Estas fístulas merecen descripción especial, en razón de las diferencias que las distinguen de las precedentes, en cuanto á su etiología, anatomía patológica y tratamiento.

ETIOLOGÍA.—Mucho más raras que las perineo-escrotales, las fístulas penianas de la uretra, pueden suceder á traumatismos, á

la ulceración del canal por cuerpos extraños, á la supuración de glándulas uretrales, ó á abscesos peri-uretrales. Las causas más frecuentemente observadas y que podemos considerar como especiales, son las siguientes:

Las heridas contusas, principalmente las ocasionadas por armas de fuego.

La constricción del pene por un lazo circular ó un anillo.

La blenorragia cuando va acompañada de la inflamación supurada de una glándula uretral.

El chancro blando, principalmente el de la ranura balano-prepucial, el del frenillo, los fagedénicos que afectan la forma dicha *terebrante*, cuya lesión se extiende más en profundidad que en superficie.

En fin, debemos mencionar como causas posibles de las fístulas penianas, las lesiones sifilíticas terciarias y el cáncer del pene.

VARIETADES ANATÓMICAS.—F. Legueu, distingue desde el punto de vista de su asiento, cuatro variedades de fístulas penianas consecutivas al chancro y á la sífilis, á saber:

1ª *Las fístulas de la ranura balano-prepucial* que pueden ser únicas ó múltiples. Son muy pequeñas y se hallan representadas por simples orificios.

2ª *Las fístulas de la fosa navicular* son las más frecuentes. Varía su tamaño y se hallan constituidas en unos casos por un orificio circular de pequeño diámetro, en tanto que ocupa en otros la perforación, la pared inferior de la fosa navicular.

3ª *Las fístulas de la parte media ó del cuerpo del pene*, que son más raras que las precedentes. Son consecutivas á ulceraciones fagedénicas, que han producido destrozos considerables y han perforado la uretra al nivel del pene. Los tegumentos situados delante de la fístula se hallan destruidos.

4ª *El hipospadias peni-escrotal por pérdida de substancia de toda la parte peniana de la uretra*, es el que constituye la cuarta variedad, que es la más grave y la más complicada. Es producida por los chancros llamados *decorticantes*, los cuales destruyen la uretra en toda la extensión de la verga y abren un meato anormal en la raíz del escroto, constituyendo una especie de hipospadias accidental.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Cualquiera que sea la variedad y el asiento de las fístulas uretro-penianas, sus caracteres anatómicos son diferentes de las perineo-escrotales. En ellas no se encuentran trayectos sinuosos y múltiples, cuyas prolongaciones se pierden en tejidos indurados. Constituyen más bien pérdidas de sustancia sin trayecto; si éste existe es corto y rectilíneo. Su dirección es perpendicular al eje del conducto ú oblicuo de atrás á adelante. En las fístulas que presentan cierta anchura, se ve que sus orificios se confunden y que el epitelio de la mucosa se continúa con la epidermis.

El *orificio interno* infundibuliforme, se estrecha para continuarse con el trayecto ó con el orificio cutáneo. Esta disposición se debe,

según Voillemier, á la obliteración y á la desaparición del tejido esponjoso de la uretra al rededor de la fístula. En el fondo de ésta, puede verse la pared superior de la uretra, que está indemne ó destruída total ó parcialmente.

El *orificio externo*, casi siempre cónico, puede ocupar todos los puntos de la región, del meato al escroto. Sus dimensiones varían de algunos milímetros á varios centímetros.

Su contorno más ó menos circular está cubierto de una membrana epidermizada, que reviste un aspecto liso y pálido. En algunos casos puede verse rodeado de botones carnosos y de fungosidades.

**SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.**—La sintomatología de estas fístulas es muy simple: el paso de la orina y del semen, la irregularidad de las erecciones, constituyen los síntomas más importantes. La orina se derrama á la vez por el meato y por la fístula. El volumen de estos dos chorros varía según las disposiciones anatómicas. Si la fístula es ancha y no se encuentra obstruída, casi toda la orina sigue esta vía de derivación; en el caso contrario, salen solamente algunas gotas que se mezclan al pus. Entre estos dos casos extremos, pueden observarse todos los intermediarios. El diagnóstico debe completarse por la exploración de la fístula, unida al cateterismo del canal. Si la fístula es muy pequeña y cabe duda respecto á su comunicación con la uretra, será de utilidad comprimir el meato, mientras que el enfermo orina, lo que pondrá de manifiesto, si la comunicación existe, por la aparición en la fístula de algunas gotas de orina. Si esto no bastare, se podrá recurrir á la inyección de líquidos coloreados, que se empujarán con fuerza por el meato.

**PRONÓSTICO.**—Las fístulas penianas no tienen comunmente influencia perniciosa sobre el estado general, y son consideradas desde este punto de vista, menos graves que las perineo-escrotales, que exponen á complicaciones de la región ó alteraciones secundarias de la vejiga ó de los riñones. Su gravedad estriba principalmente en lo difícil que es obtener su curación. Las causas que complican el tratamiento y comprometen el éxito operatorio, se deben al poco espesor de los tejidos cuya reunión se busca, á la dificultad de proteger á estos últimos del contacto de la orina; á la imposibilidad de inmovilizar la región operada por los cambios fisiológicos en el volumen del órgano. Además, hay que tener en cuenta el estado general del enfermo y sobre todo el estado local de la uretra.

A pesar de esas reservas, podemos decir que, gracias á los progresos realizados en las operaciones plásticas de la uretra, con habilidad y perseverancia, serán pocos los casos en que el cirujano no triunfe.

**TRATAMIENTO.**—Sólo nos ocuparemos aquí de los procedimientos que la experiencia ha sancionado como buenos, para no salirnos del terreno práctico, en que hemos procurado colocarnos.

Los procedimientos operatorios, empleados contra estas fístulas, podemos considerarlos agrupados en tres métodos:

- 1º *La cauterización.*
- 2º *La sutura (uretrorrafia).*
- 3º *La autoplastia (uretroplastia),* que comprende numerosos procedimientos secundarios.

1º CAUTERIZACIÓN.—La cauterización en todas sus formas, puede constituir en algunos casos un método curativo.

Con este objeto, se emplean agentes físicos ó químicos: un estilete enrojecido, la punta fina de un termo-cauterio, etc.; el nitrato de plata, el cloruro de zink, la tintura de yodo, etc. Cualquiera que sea el medio empleado, hay que cauterizar *muy ligeramente* los bordes del orificio cutáneo, sin tocar los de la mucosa de la uretra, para no exponerse á aumentar la perforación en caso de escollo.

Para que la cauterización tenga probabilidades de éxito, es condición necesaria que la fístula sea pequeña y que el trayecto esté en una porción de tejido espeso y de tegumento blando. En el caso contrario, cuando hay soldadura entre la piel del pene y la mucosa uretral, este método será más bien perjudicial que útil.

2º URETRORAFIA.—La uretrorrafia consiste en avivar el trayecto de la fístula, respetando la mucosa, después de la colocación en la uretra de una sonda sobre la cual se operará. La superficie avivada deberá ser ancha, para que el afrontamiento sea extenso. Interesará solamente el tegumento y no la mucosa. La herida así producida, será de la forma de un embudo, muy ancho afuera, y que en el fondo solamente tendrá las dimensiones de la fístula. La sutura se hará por puntos separados con hilo de plata delgado, seda ó crin de Florencia, siendo preferibles estas últimas. Voillemier, fue el primero que aplicó á las fístulas penianas el procedimiento empleado por los cirujanos americanos para las fístulas vesico-vaginales, es decir, *el afrontamiento de anchas superficies y no de bordes*. Su procedimiento que lleva su nombre, consiste: en avivar el contorno cutáneo sobre una extensión de  $\frac{1}{2}$  centímetro; proseguir con el mayor cuidado el adosamiento de las dos caras de la cuenca avivada; no hacer atravesar á la aguja las paredes de la uretra, sino empujarla oblicuamente á través de cada labio cruento y tenerla de cada lado un poco afuera de los labios de la mucosa. De esta manera no sólo se oponen superficies sangrantes de la piel, sino que, como decía Voillemier: «se tapa la fístula con sus propios bordes, los que se encuentran invertidos del lado de la uretra.» La sutura se hará por puntos separados, teniendo cuidado de dejarlos muy próximos unos de otros.

3º URETROPLASTIA.—Cuando ha sufrido la pared uretral una vasta pérdida de substancia, la simple sutura no es aplicable; hay que sustituirla por un método que tenga por base la formación de colgajos: la *uretroplastia*. Entre los procedimientos de autoplastia, describiremos los que tengan mas importancia desde el punto de vista práctico.

Todos los procedimientos de autoplastia de la uretra pueden

clasificarse en dos grandes clases que constituyen dos métodos distintos:

El *método indiano*;

El *método francés*;

El *método indiano* consiste en la formación de un colgajo tomado en la región vecina é *invertido* de manera que su superficie sangrante quede en contacto con los bordes de la pérdida de substancia previamente avivados. Cooper tomaba el colgajo en la región escrotal; Delpech tallaba un colgajo inguinal y Jobert lo tomaba de las regiones inguinal y abdominal.

MÉTODO FRANCÉS.—Está caracterizado por la formación de colgajos que se desplazan por *deslizamiento*. Las operaciones fundadas en este método, pueden dividirse en dos categorías, comprendiendo las primeras, las que obtienen un sólo plano autoplástico; las segundas las que obtienen dos. Está demostrado que es preferible siempre que se pueda, superponer los colgajos.

URETROPLASTÍA EN UN SÓLO PLANO DE COLGAJOS.—El desprendimiento de la piel, ayudado en caso necesario por medio de incisiones liberatrices, practicadas adelante y atrás ó de cada lado de la brecha que se debe llenar, permite adosar los tegumentos por su cara profunda sobre una superficie ancha.

Se puede así por medio de incisiones *limitantes*, tallar dos colgajos *laterales*, cuando la fístula es longitudinal; *anterior* y *posterior*, cuando es transversal, ó está bordeada por sus lados de tejidos cicatriciales demasiado delgados; *escrotales* ó *prepucciales*, cuando está situada en la parte posterior ó anterior del pene. Estos colgajos comprenden la piel y una parte del tejido celular subcutáneo, de manera que presenten cierto espesor y vitalidad.

Es importante que sean bastante largos para poder ser aplicadas por sus caras y no por sus bordes.

Se llevan estos colgajos por deslizamiento sobre el orificio fistuloso, cuyos bordes han sido anchamente avivados, y se les fija por numerosos puntos de sutura que no atraviesan la mucosa uretral. Estas diversas maniobras se facilitan por la introducción previa de una sonda en la uretra.

URETROPLASTÍA EN DOS PLANOS DE COLGAJOS.—El primer plano profundo se formará por uno ó dos colgajos que se invierten sobre la fístula, con la cara cutánea hacia la uretra. El colgajo ó colgajos superficiales, serán llevados por deslizamiento sobre los precedentes y se corresponderán así por su cara cruenta.

Los modos de aplicación de este principio, pueden variar al infinito, los colgajos profundos serán siempre tomados en la vecindad inmediata de la fístula y los colgajos superficiales, según el sitio de ésta, en la cara inferior del pene, del prepucio ó del escroto.

Daremos á título de ejemplo, el procedimiento de Guyon-Pasteau y el de Reybard (uretroplastía epidérmica) recomendado por Sedillot y bien reglamentado recientemente por Doyen.

PROCEDIMIENTO DE GUYON-PASTEAU

Se talla de cada lado de la fístula, un colgajo cuadrilátero, de base externa; estos colgajos sobrepasan la superficie por cubrir de 3 ó 4 milímetros; constituirán el plano superficial; el plano profundo lo dará otro colgajo rectangular, mediano, tallado en dirección del eje del pene, adelante ó detrás de la fístula, según convenga, de base dirigida hacia ella de la que estará distante cuatro milímetros; será de longitud suficiente para que una vez invertido sobrepase en tres milímetros el borde opuesto de la superficie cruenta dejada por los colgajos laterales; el ancho del colgajo mediano, será igual al total del de los dos laterales. Obtenidos los tres colgajos, se invierte el mediano sobre la fístula y su extremidad que la sobrepasa, es fijada á la piel por dos ó tres puntos de sutura. Sobre este colgajo, cuya cara cruenta estará al exterior, se extenderán los laterales cuyas caras sangrantes entrarán en contacto con las del colgajo mediano. La herida dejada á descubierto por la inversión del colgajo inferior, se cubrirá fácilmente con una simple sutura de los bordes, movilizados si es necesario.

PROCEDIMIENTO DE REYBARD-SEDILLOT-DOYEN

*Primer tiempo:* INCISIÓN DE LA PIEL AL REDEDOR DE LA FÍSTULA Y TALLA DE LOS COLGAJOS INTERNO Y EXTERNO DE CADA LADO.—La piel de la cara inferior del pene estando tensa por medio de la mano, el cirujano practica á tres ó cuatro milímetros del reborde cortante que une la mucosa á la piel, una incisión que circunscribe el orificio fistuloso. Se repasará el bisturí en la herida sobre todo al nivel de las comisuras, de manera de librar bien el collarcito cutáneo que va á servir para la reconstitución de la pared uretral. Los dos colgajos internos (derecho é izquierdo) limitados por la incisión son liberados en un espesor suficiente para que conserven su vitalidad y puedan ser invertidos en la fístula.

Los dos colgajos externos que deben ser superpuestos á los precedentes, son también disecados y desprendidos sobre la extensión suficiente para que puedan ser fácilmente yuxtapuestos.

*Segundo tiempo:* RECONSTITUCIÓN DE LA PARED URETRAL, POR LA SUTURA DE LOS COLGAJOS INTERNOS ADOADOS POR SU SUPERFICIE CRUENTA.—Los dos colgajos internos son invertidos, cara epidérmica adentro sobre la sonda colocada en la uretra y adosados por su cara cruenta; son mantenidos en esta situación por un sorjete de catgut. El sorjete comienza á seis ú ocho milímetros atrás de la comisura posterior de la fístula, en plena superficie cruenta, de manera de formar un pliegue de uno ó dos milímetros de profundidad. Estará continuado de atrás á adelante sobre toda la longitud de la fístula. La aguja penetra en la superficie cruenta á tres milímetros del borde epidérmico del colgajo; sale sin penetrar en la uretra á un cuarto de

milímetro de este mismo borde y sigue sobre el otro labio un trayecto inverso y simétrico. El hilo así colocado es absolutamente extra-uretral y no está en ningún punto en contacto con la orina. Las espirales del sorjete deberán estar muy aproximadas (2 á 3 milímetros). Esta sutura es delicada; se hará con el mismo cuidado que una sutura intestinal.

*Tercer tiempo:* APROXIMACIÓN Y SUTURA DE LOS COLGAJOS EXTERNOS.—Este tiempo no tiene nada de particular y se ejecuta como en los casos precedentes.

ASOCIACIÓN DE LA URETORRAFÍA Y DE LA URETROPLASTÍA.—Para disminuir los estiramientos de las suturas y dar á la pared uretral un espesor y una solidez suficientes, puede haber ventaja en combinar, al ejemplo de Loumeau, la uretrorrafía á la uretroplastía.

*Primer tiempo:* AVIVAMIENTO.—El contorno de la fístula se avivará anchamente en cuadro.

*Segundo tiempo:* TALLA DEL COLGAJO.—Se talla adelante, atrás ó sobre uno de los lados de la superficie cruenta, un colgajo cutáneo de forma cuadrilátera.

*Tercer tiempo:* URETORRAFÍA.—Se reúne por varios sorjetes de catgut fino, que no interese la mucosa uretral, las caras externas de los labios fistulosos. El cuadrado cruento que rodea á la fístula, se estrechará así, en varios milímetros.

*Cuarto tiempo:* URETROPLASTÍA.—El colgajo peniano será movilizado y llevado sobre la superficie cruenta. Se le sujeta por puntos de sutura, de los cuales los unos son profundos y los otros superficiales.

Para prevenir todo estiramiento, Loumeau aconseja practicar de adelante á atrás, una incisión de algunos centímetros sobre el dorso del pene.

Cualquiera que sea el procedimiento á que se haya recurrido, todos los cirujanos se han preocupado de impedir el contacto de la orina con la herida. Con este objeto han sido propuestos y ejecutados diversos medios.

SONDA PERMANENTE.—Ha sido usada de una manera casi exclusiva durante mucho tiempo. Ofrece la ventaja para el cirujano, que no tiene que ocuparse más de su enfermo, y para éste que no tiene que temer el cateterismo. Al lado de esas ventajas, presenta serios inconvenientes, bien puestos de manifiesto en estos últimos tiempos. En primer lugar, la sonda permanente no constituye una garantía contra el paso de la orina, que se hace una vía entre el instrumento y las paredes del canal; por otra parte, hay ciertas uretras que no soportan la sonda, se inflaman á su contacto, determinando una uretritis que ocasiona la supuración de los colgajos.

CATETERISMO INTERMITENTE.—El cateterismo intermitente, practicado con una sonda blanda cada vez que el enfermo tiene necesidad de orinar, ofrece mayores ventajas que el método precedente. Sin embargo, se comprende, que el paso repetido del instrumento,

aunque sea sin esfuerzo, puede en algunas ocasiones, comprometer la sutura.

En algunos casos rebeldes, cuando los procedimientos anteriores no han bastado para privar al campo operatorio del contacto de la orina, se ha recurrido al establecimiento de un *ojal perineal* provisional y á las *punciones vesicales repetidas*. Entre estos dos medios, recomiendan los autores que se recurra de preferencia al primero, por ser una operación más benigna que las punciones vesicales repetidas, que pueden ser seguidas de accidentes.

### Fístulas uretro=rectales.

Las fístulas de esta variedad son las más raras de las de la uretra.

ETIOLOGÍA.—Reconocen orígenes diversos: traumático, inflamatorio y diatésico.

El traumatismo es una causa frecuentemente observada. Puede ser accidental como una herida del recto, de la próstata, de la uretra ú operatorio. Entre los primeros mencionaremos la introducción en el recto ó en la uretra de cuerpos extraños puntiagudos, como agujas, lápices, etc. En el número de los traumatismos operatorios hay que señalar las vías falsas.

La herida del recto era complicación bastante observada cuando se practicaba la talla perineal.

Los abscesos de la próstata y de la zona celular peri-prostática, ocupan el primer rango en la etiología de estas fístulas. Las estadísticas demuestran la frecuencia de la abertura simultánea, en el recto y en la uretra, de los abscesos prostáticos.

En 93 casos de abscesos prostáticos, Campenon observó 20 abiertos en el recto y en la uretra; en 43 observaciones de evacuación rectal, Segond reunió 21 abiertos al mismo tiempo en el canal de la uretra.

La tuberculosis de la próstata, determinando la formación de cavernas intra-prostáticas, produce trayectos fistulosos que pueden abrirse á la vez en la uretra y el recto.

La degeneración cancerosa del recto y de la próstata, pueden establecer una comunicación anormal entre la cavidad intestinal y el conducto.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El *orificio uretral* de la fístula, es generalmente único, estrecho, y situado comunmente en la región prostática, á los lados del verumontanum; mas rara vez se le encuentra en la región membranosa.

El *orificio rectal* tiene un aspecto muy variable, según que la fístula ha seguido ó nó á una pérdida de substancia.

En el primer caso, se ve una perforación más ó menos vasta. Si la fístula es de origen traumático ó inflamatorio, se encuentra

generalmente un orificio estrecho, situado en el medio de una fungosidad rojiza, algunas veces oculta en un repliegue de la mucosa. Si la lesión es antigua, el orificio puede estar rodeado de callosidades.

El *trayecto* fistuloso es frecuentemente duro y da al tacto la sensación de una cuerda. Su cavidad admite un estilete ó una sonda pequeña. Por lo general es rectilíneo y se dirige de arriba á abajo y de adelante á atrás. En ciertos casos el trayecto se bifurca y envía una prolongación inferior que viene á abrirse en la piel: el trayecto es á la vez uretro-rectal y uretro-perineal.

La mucosa rectal es el sitio de escoriaciones y de una irritación muy intensa que puede acompañarse de tenesmo.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO.—Es fácil deducir, por la naturaleza íntima de la lesión, los síntomas funcionales que caracterizan una fístula uretro-rectal. Estos consisten en el paso á través de la comunicación anormal, del contenido de la uretra por una parte y del contenido del intestino por otra.

*El paso de orina por el recto*, es el signo más constante, el que de ordinario llama primero la atención del enfermo. La cantidad de orina que se derrama por esta vía, es muy variable según el diámetro de los orificios de comunicación, la dirección del trayecto, etc. Algunas veces el enfermo emite la totalidad de la orina por el recto; otras veces solo pasa en pequeña proporción. Un hecho importante para el diagnóstico, es que el derrame anormal solo se produce *en el momento de las micciones*. Se ha observado, aunque excepcionalmente, que la orina se acumula en el recto más ó menos tiempo y es expulsada á intervalos.

Si la fístula es consecutiva á un absceso de la próstata, abierto simultáneamente en la uretra y en el recto, se derrama pus por esta última vía, que puede mezclarse á la orina durante las micciones. La proporción de materia purulenta que se derrama por el intestino es generalmente mayor que la que pasa por la uretra.

A la larga, el paso de orina por el recto, determina fenómenos de rectitis y tenesmo.

Otro signo que se ha notado en cierto número de observaciones, es la *salida de semen por el recto*, en el momento de la eyaculación.

Este fenómeno, grave por sus consecuencias, solamente se produce en fístulas de orificio rectal ancho ó que coincida con una estrechez del canal. Cuando los canales eyaculadores han sido comprendidos en la pérdida de substancia, el derrame del líquido seminal puede hacerse fuera de toda erección.

Con menos frecuencia ocurre el caso inverso, es decir, el paso del contenido del intestino á la uretra. La razón de esto la explican las disposiciones recíprocas de los dos orificios fistulosos. Sin embargo, pueden observarse particularidades clínicas interesantes: paso de materias fecales blandas ó líquidas por la uretra, en el momento de la defecación. En un enfermo de fístula uretro-rectal,

cuya observación cita Guyon, la salida de gases por la uretra producía un silbido especial.

La presencia, simultánea ó aislada de los signos mencionados, basta casi siempre para establecer el diagnóstico de las fístulas uretro-rectales; pero siempre es necesario, sobre todo para las indicaciones terapéuticas, completarlo con la *exploración física*.

El tacto rectal hará apreciar una abertura, si existe pérdida de substancia sensible. En el caso contrario, hará reconocer una ó varias eminencias induradas que corresponden á los orificios de la fístula. Este primer examen se completará por la aplicación de un espéculum ó de una valva de *Sims*, que deprimiendo la pared rectal posterior, permita alumbrar el campo de exploración y reconocer la abertura rectal, si se manda al enfermo que orine durante el examen ó si se hace por la uretra una inyección coloreada.

Para darse cuenta exacta de la dirección, de la extensión del trayecto y sobre todo del sitio del orificio uretral, algunos cirujanos aconsejan que se introduzca un estilete recto ó encorvado en el orificio rectal. Dicho estilete será empujado con suavidad hasta que encuentre un catéter, previamente introducido en la uretra.

El diagnóstico diferencial con las fístulas vesico-rectales, se basará en la manera de producirse el derrame de la orina, que es continuo en éstas é intermitente en las uretro-rectales.

Cuando existe un trayecto secundario que se abre en el perineo (fístulas uretro-perineo-rectales), será necesario, para establecer el diagnóstico, comprimir con el dedo la abertura perineal durante la micción y asegurarse al mismo tiempo que la orina sale por el ano.

PRONÓSTICO.—Una fístula rectal, constituye siempre una afección seria, por lo penoso de los síntomas que ocasiona. Fuera de los sufrimientos morales comunes á todas las fístulas urinarias, los fenómenos de uretro-cistitis ó rectitis, aislados ó combinados, que determina el contacto prolongado de elementos anormales, son la fuente de dolores físicos, que agotan á los enfermos. Para juzgar del pronóstico, hay que tener en cuenta la causa de la lesión. Las fístulas de origen traumático, las que suceden á un absceso caliente, circunscrito de la próstata, ofrecen condiciones favorables á su curabilidad. No sucede lo mismo con las que sobrevienen á consecuencia de supuraciones difusas, ó que van acompañadas de cavernas tuberculosas ó de degeneración cancerosa de la próstata.

Se puede decir que, en igualdad de circunstancias, la gravedad del pronóstico, está en razón directa de la antigüedad de las lesiones y de la extensión de la pérdida de substancia.

TRATAMIENTO.—A las indicaciones que debe llenar la terapéutica de toda fístula uretral: asegurar el libre derrame de orina por el canal, restableciendo á éste su calibre, si es necesario; impedir el contacto de la orina con el trayecto; obrar directamente contra las fístulas, se agrega una especial, la más difícil de llenar: substraer á la fístula del paso de materias fecales y de los gases del intestino.

En los casos simples, cuando los trayectos son recientes y no están acompañados de cavidades ni de pérdidas de substancia, la simple desviación de la orina puede bastar para conseguir la curación. Esta desviación puede ser obtenida por la sonda permanente ó por el cateterismo repetido en cada micción.

Para impedir que las materias fecales y los gases del intestino tengan acceso á la uretra, se ha recurrido, entre otros procedimientos, á la introducción de gruesas mechas que se renovarán frecuentemente. Este medio resulta contraproducente, porque favorece la retención de materias y de gases. Otros recomiendan que se introduzca en el recto una sonda gruesa abierta por sus dos extremidades. Todos estos medios resultan mal soportados ó ineficaces, por lo que se vuelve indispensable obrar directamente sobre el trayecto fistuloso.

Algunos autores refieren éxitos obtenidos por la simple cauterización, en fístulas de orificio rectal de pequeñas dimensiones y sin pérdida de substancia.

Cuando las fístulas han sido rebeldes á los métodos anteriores, se recurrirá á una operación sangrante.

Si la fístula es de medianas dimensiones, se podrá intentar una operación análoga á la usada en las fístulas vesico-vaginales. Se alumbrará convenientemente el campo operatorio, por la aplicación de una valva de *Sims*. Hecho esto se practicará un avivamiento ancho y superficial al rededor del orificio y se reunirán las superficies opuestas por medio de hilos de seda ó crin muy aproximados. El escollo de la reunión inmediata lo señalan todos los autores, como siendo la regla, aunque esta laboriosa operación haya sido bien ejecutada. Se podrá, pues, buscar la reunión secundaria.

Algunos cirujanos, entre ellos el profesor Duplay, han recurrido al método de colgajos autoplásticos. Este último, dice, que ha obtenido éxitos con el siguiente método: talla en el recto un ancho colgajo mucoso que diseca y deja adherente sobre uno de los bordes de la fístula. Este colgajo lo invierte y lo sutura por su borde libre á la semi-circunferencia de la fístula previamente avivada. Las condiciones desfavorables en que esta operación es practicada, hace que su éxito sea incierto.

En las fístulas rebeldes á los métodos anteriores, solamente dan resultado las operaciones que se proponen separar los orificios uretral y rectal de la fístula y cambiar sus relaciones para que no se correspondan. Describiremos, como modelo de operación de cura radical, la de Ziembicki. El principio en que se funda ha sido formulado por Tillaux: «desprender una de otra las paredes uretral y rectal y desplazarlas en seguida la una de la otra, de manera de cambiar las relaciones de los dos orificios uretral y rectal é impedir que se correspondan frente á frente el uno del otro.»

Los principales tiempos de la operación son los siguientes:

1º INCISIÓN cuya parte circular abraza el ano, la cara posterior yendo del ano al coxis, la prolongación anterior según el rafe perineal.

2° DISECCIÓN Y LIBERACIÓN DEL RECTO sobre toda la superficie y á una altura suficiente para exceder el punto de abocamiento de la fístula.

3° AVIVAMIENTO Y SUTURA SEPARADA de los orificios rectal y uretral.

4° Se imprime al recto cierta torsión para que los orificios uretral y rectal, suturados no se correspondan. Se fija el recto en su nueva posición para impedir la vuelta al paralelismo.

## OBSERVACIONES

(RESÚMENES)

### I

J. P. de 38 años, labrador, de San Juan Sacatepéquez, ingresó al Segundo Servicio de Cirugía (Sala Gándara,) el 17 de Abril de 1904.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales:* los resume una blenorragia contraída hace algunos años y que persiste. No ha sido tratado nunca. Manifiesta síntomas de estrechez uretral muy marcados. En el mes de junio se le formó un absceso urinoso en el perineo que se abrió espontáneamente.

*Examen.—Aparato urinario.*—A su entrada al Servicio, se observa: un orificio fistuloso situado en el perineo y otro en el escroto, por los cuales no se puede pasar un estilete. Los trayectos de estas fístulas son duras y la induración está muy extendida á los tejidos perifistulosos, que son el sitio de eritema. De estos orificios salen orina y pus en regular cantidad. La uretra está provista de una estrechez muy cerrada.

*Tratamiento.*—Se procedió á lavar la uretra con permanganato de potasa para ponerla en mejores condiciones; y el 25 de Abril, previas anestesia clorofórmica y antisepsia de la región, el Doctor Juan J. Ortega practicó la uretrotomía interna y se colocó una sonda permanente, como tiempo preliminar para la uretrotomía externa. Se incindió la pared inferior de la uretra sobre la sonda, liberando á ésta de todas las induraciones peri-uretrales. Se procedió en seguida á la resección de las fístulas y tejidos indurados. Se suturó con catgut el plano profundo sobre la sonda y se rellenó con una cura lo que quedó de la herida.

*Abril 26.* Lavados vesicales antisépticos y se cambió la curación.

*Abril 27.* Se quitó la sonda permanente y se cambió la curación.

Se continuó el mismo tratamiento hasta 8 días más tarde en que se dió principio á la dilatación lenta y progresiva de la uretra por medio de bujías Beniqué.

*Terminación.*—El enfermo fué dado de alta completamente curado el 27 de Mayo de 1904.

### II

J. M. M., de la Antigua, de 37 años; entró al Segundo Servicio de Cirugía de hombres (Sala Gándara), el 19 de Julio de 1907.

*Antecedentes hereditarios:* nulos.

*Antecedentes personales:* En Julio de 1897 contrajo una blenorragia que ha reagudecido algunas veces, complicada de epididimitis bilateral en el mismo año. Hace cinco años que el enfermo siente dificultades para orinar: la

micción es dolorosa y solo se verifica á precio de grandes esfuerzos. En el mes de Julio de este año notó que en el perineo le aparecía un tumorcito que terminó por abrirse dando paso á pus. Desde entonces gran cantidad de orina salía por esta nueva vía. La apertura del tumor perineal fué seguida de la aparición de otros dos en la región inguinal derecha, y que como aquel, terminaron por abrirse.

*Examen.—Aparato urinario.*—En la parte media del perineo anterior presenta una pequeña eminencia fungosa, perforada por un orificio que da salida á gotas de pus y á orina durante la micción. A la palpación se nota un grueso cordón duro que rodea el escroto por su parte superior y conduce á dos orificios de la misma índole situados en la ingle derecha. La exploración de la uretra da sensaciones de estrecheces múltiples, más marcadas al nivel del bulbo.

*Tratamiento.*—El 26 de Julio, previa anestesia general, el Doctor Juan J. Ortega, practicó la uretrotomía interna (Maisonneuve); se dejó una sonda permanente y se hicieron lavados vesicales antisépticos.

*Julio 27.* Se quitó la sonda permanente. Se procuró modificar por medio de cauterizaciones de nitrato de plata, los trayectos fistulosos. Se continuó el mismo tratamiento durante diez días, resultando la curación de las fístulas inguinales; pero persistiendo la perineal. El jefe del Servicio resolvió entonces hacer *la liberación externa de la uretra*, como lo aconseja Guyon. Ocho días más tarde se empezó á practicar la dilatación.

*Terminación.*—El enfermo salió completamente curado el 20 de Septiembre de 1907.

### III

A. O., natural de Sanarate, de 31 años, casado, labrador, entró al Segundo Servicio de Cirugía de hombres (Sala Gándara) el 1º de Agosto de 1907.

*Antecedentes hereditarios:* nulos.

*Antecedentes personales:* A la edad de 18 años, al contraer matrimonio, adquirió una blenorragia que evolucionó hacia la cronicidad, reagudeciéndose á intervalos, por separaciones de régimen. Como consecuencia de esta blenorragia ha tenido síntomas de estrechez uretral. No ha sido tratado y es alcohólico.

Hace cuatro meses que se le formó en la región perineo-escrotal, un absceso urinoso que terminó por abrirse hace mes y medio, dando salida á pus fétido y á orina.

*Examen.—Aparato urinario.*—En la parte inferior de las bolsas existe un orificio de pequeñas dimensiones que mana pus y por el cual sale orina en el momento de las micciones. Está comunicado con la uretra por un cordón duro que se puede apreciar á la palpación. Las bolsas están infiltradas y eritematosas. La uretra está estrecha en varios puntos y solo permite el paso de una bujía filiforme. Nada anormal se encuentra en los otros órganos.

*Tratamiento.*—El día 2 de Agosto se le practicó la uretrotomía interna. Se resecó el trayecto fistuloso y se aplicó una curación antiséptica.

*Agosto 3.* Se quitó la sonda permanente y se cambió la curación. Pasados los ocho días siguientes, durante los cuales se practicaron lavados vesicales antisépticos, se procedió á practicar la dilatación lenta y progresiva de la uretra.

*Terminación.*—Desde el día de la intervención, la cantidad de orina emitida por la fístula disminuyó notablemente. El enfermo fué dado de alta, completamente curado, el 30 de Agosto, habiéndosele dilatado su uretra hasta el Nº 58 Beniqué.

## IV

J. A. de 24 años, soltero, natural de Suiza, comerciante, residente en Quezaltenango, entró á la Casa de Salud el 28 de Agosto de 1907.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales:* hace ocho meses que contrajo una blenorragia que pasó al estado crónico. Manifiesta el enfermo que hace como tres meses empezó á sentir dificultades para orinar; notando que el calibre del chorro de la orina disminuía de día en día y las últimas porciones eran emitidas gota á gota.

Por la misma época, sintió el enfermo en el perineo un tumorcito duro, doloroso y rojo cuya aparición fué acompañada de fiebre.

Fuó operado en Quezaltenango del tumor y desde esa fecha expele por la abertura operatoria, pus que se mezcla á la orina durante las micciones.

*Examen.—Aparato urinario.*—En la región del perineo, inmediatamente por delante del ano, se observa una eminencia del tamaño de una lenteja, umbilicada en su centro, donde presenta un orificio que constantemente mana pus. Ordenando al enfermo que orine, se observa que cierta cantidad de orina sale por el orificio. No es posible introducir en el orificio una bujía filiforme y á la palpación se nota un nódulo calloso que hace cuerpo con la uretra. La exploración de la uretra con una bujía, permite comprobar una estrechez marcada en la región bulbar.

La región del perineo y la parte superior de los muslos, son el sitio de eritema intenso. La cantidad de orina en las 24 horas es de 1,750 gr. En los demás aparatos no se encuentra nada anormal.

*Tratamiento.*—El mismo día de su ingreso al establecimiento, se le colocó una bujía conductora y se le administró un purgante salino.

*Agosto 29.* Se cambió la bujía y previas antisepsia local y anestesia clorofórmica, practicó la uretrotomía interna el Doctor Juan J. Ortega, lavándose la vejiga con una solución boricada al 4 ‰ y dejándose una sonda permanente. En seguida se procedió á la resección de los tejidos indurados de la fístula y se aplicó una cura aséptica.

*Agosto 31.* Se quita la sonda permanente y se cambia la curación.

Durante ocho días se practica el mismo tratamiento haciéndose lavados vesicales antisépticos. Al cabo de ellos se procede á la dilatación lenta y progresiva de la uretra.

*Terminación.*—El enfermo es dado de alta el 22 de Septiembre, completamente curado, después de habersele dilatado la uretra, hasta el número 60 Beniqué.

NOTA.—A todos los enfermos objeto de las cuatro primeras observaciones, se les hizo ver la necesidad en que estaban de sondarse con frecuencia, para evitar las recidivas.

## V

G. Z. de 36 años, de México, soltero, arriero de oficio, entró á la Casa de Salud de Hombres el 21 de Agosto de 1907.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales:* hace quince años contrajo una blenorragia que le ocasionó como complicación epididimitis bilateral. Curado de esta última la blenorragia ha continuado manifestándose por una gota matinal. Refiere el enfermo que desde hace cinco años viene padeciendo de dificultad para orinar, saliendo el chorro de la orina en sus últimas proporciones gota á gota.

Manifiesta el enfermo que hará un año próximamente, que sufrió yendo á caballo un fuerte golpe en la región perineal, que le ocasionó un vivo dolor y lo

imposibilitó para moverse durante algunas horas. Observó que por el meato salía sangre en cantidad que no pudo apreciar, pero que juzgando por la extensión de las manchas dice haber sido considerable. La región perineal, sitio de la contusión, estaba sumamente hinchada, según él mismo manifiesta. Durante las primeras 10 horas que siguieron á la contusión, fué imposible la micción, verificándose después aunque con mucha dificultad y dolor. El chorro era filiforme.

Hace diez meses que le apareció en el perineo anterior una «pelotita» dura y dolorosa de las dimensiones de un guisante, que fué aumentando de volúmen. Dos meses después, en ocasión en que el enfermo hacía grandes esfuerzos para orinar, el tumorcito perineal se ponía rubicundo y se abrió, dando salida á pus y á orina. Desde esa fecha, esa fué la única vía de derivación de la orina. Por esa misma época, el enfermo notó la aparición de síntomas análogos en el hipogastrio, la región inguinal derecha, la raíz del pene, etc., de abscesos urinosos que terminaron por abrirse.

*Examen.*—Individuo de regular estatura, mala constitución, presenta manifestaciones de intoxicación urinaria crónica, que se revela principalmente por una diarrea incoercible. Presenta los órganos genitales muy deformados por cicatrices y trayectos fistulosos. El pene se encuentra encorvado sobre sí mismo, describiendo una curva de convexidad superior. El escroto, retraído, se encuentra dividido por un surco mediano y profundo que lo divide en dos lóbulos á su vez divididos por surcos transversales.

En la región hipogástrica, al nivel del pubis, en la ingle derecha y en el perineo, se encuentran orificios y trayectos fistulosos, rodeados de tejidos duros y deformados. Los orificios se encuentran rodeados de fungosidades y manan pus que aumenta á la presión.

Están agrupados de la manera siguiente: uno en la región del pubis; dos un poco arriba y en medio de la arcada crural derecha; tres á la derecha de la sínfisis pubiana; dos en la raíz del pene; uno en el surco escrotal mencionado y el mayor en el perineo, que constituye la principal vía de derivación de la orina.

La uretra presenta estrecheces infranqueables, que no permiten introducir la más fina bujía.

*Tratamiento.*—El mismo día de su entrada se le practicó la uretrotomía externa sin conductor; se le introdujo en la vejiga una sonda de Pezzer, cuya extremidad se mantuvo en la abertura perineal. Se procuró modificar los trayectos por medio de cauterizaciones y resecciones de éstos y de los tejidos rodeantes, sin obtener de ninguno de estos medios la cicatrización de las fístulas, dado lo extenso de las lesiones. El Jefe del Servicio, Dr. don Juan J. Ortega, resolvió practicar en este caso excepcional, la *emasculación total*, considerándola como el único medio que podría ser aplicado. Obtenido el consentimiento del enfermo, se llevó á cabo dicha operación el 21 de Septiembre. El examen de la pieza demostró que los órganos extirpados estaban atacados de induración esclerosa en ciertas partes y que los trayectos estaban llenos de divertículos donde se acumulaba el pus. Actualmente la herida operatoria se encuentra cicatrizada y el estado general del enfermo ha mejorado notablemente, después de la cicatrización de las fístulas.

## VI

C. R., de Tecpam, de 32 años, artillero, entró al Segundo Servicio de Cirugía de Hombres (Sala Gándara) el 20 de Octubre de 1906.

*Antecedentes hereditarios:* sin importancia.

*Antecedentes personales:* contrajo hace tres meses un chancro indurado con tendencias fagedénicas, situado en el surco balano-prepucial, cerca de la inser-

ción del frenillo. El chancro que ya ha desaparecido, interesó la uretra. El enfermo presenta diversas manifestaciones de sífilis secundaria.

*Examen.*—En el surco balano-prepucial, cerca de la inserción del frenillo, se observa un orificio como de cinco milímetros de diámetro, por el que se puede hacer pasar un estilete hacia la uretra. Por ese orificio sale la orina en abundancia durante las micciones.

*Tratamiento.*—Se le prescribe el tratamiento antisifilítico y se practica sobre la fístula una cauterización superficial. Ocho días después, viéndose que la cauterización no daba resultado, se aplicó la uretrorrafia por el procedimiento de Voillemier. Quince días después, la fístula estaba cicatrizada. El enfermo continuó en el Servicio con el tratamiento general, hasta el 30 de Noviembre.

### Conclusiones.

1<sup>a</sup>—La variedad más frecuente de las fístulas de la uretra está constituida por las perineo-escrotales. Son en general consecutivas á una complicación de las estrecheces (absceso urinoso, infiltración de orina).

2<sup>a</sup>—El pronóstico de estas es muy variable, estando subordinado al de las lesiones originales.

3<sup>a</sup>—La terapéutica de estas fístulas, deberá llenar tres indicaciones: restaurar el calibre de la uretra; desviar la orina de la fístula; modificar las paredes de los trayectos.

4<sup>a</sup>—El tratamiento dará tantas más probabilidades de éxito, cuanto más pronto se intervenga.

5<sup>a</sup>—Las fístulas uretro-penianas, pueden reconocer el mismo origen que las perineo-escrotales; pero las causas que con más frecuencia las producen, son el chancro blando y la sífilis.

6<sup>a</sup>—Son de un pronóstico relativamente benigno en relación á la salud general.

7<sup>a</sup>—El procedimiento de elección en el tratamiento de estas fístulas, es la uretrorrafia para las medianas dimensiones; la uretroplastía será reservada para las de anchas pérdidas de substancia.

8<sup>a</sup>—Las fístulas uretro-rectales, constituyen la variedad más rara.

9<sup>a</sup>—La causa que comunmente las produce, son los abscesos de la próstata.

10.—El tratamiento que nos parece más recomendable, es el de Ziembicki ó los que se fundan en el mismo principio.

*E. Lizarralde.*

Vº Bº,

*Salvador Ortega.*

Imprimase,

*J. J. Ortega.*

# BIBLIOGRAFÍA

---

- DUPLAY ET RECLUS..... Traité de Chirurgie.
- F. GUYON ..... { Leçons Cliniques sur les Maladies  
des voies urinaires.
- DECHAMBRE ET LERBOULLET... { Dictionnaire Encyclopédique des Scien-  
ces Médicales.
- F. LEJARS ..... Leçons de Chirurgie.
- LE DENTU ET DELBET ..... { Traité de Chirurgie Clinique et Opé-  
ratoire.
- VOILLEMIER ET LE DENTU.... Maladies des voies urinaires.
- E. VON BERGMAN..... {  
P. VON BRUNS..... } Tratado de Cirugía Clínica y Opera-  
J. VON MIKULICZ ..... } toria.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, }  
BOULLY ..... } Manuel de Pathologie externe.
- V. ROCHET ..... { Chirurgie de l'Urèthre, de la Vessie,  
de la Prostate, Indications, Manuel  
Opératoire.

# PROPOSICIONES

---

FÍSICA MÉDICA .....	Microscopio.
BOTÁNICA MÉDICA .....	Digital.
ZOOLOGÍA MÉDICA .....	Sarcoptes escabiei.
QUÍMICA MÉDICA INORGÁNICA.	Peróxido de hidrógeno.
QUÍMICA MÉDICA ORGÁNICA ..	Orina.
ANATOMÍA .....	De la uretra.
HISTOLOGÍA .....	Del hígado.
FISIOLOGÍA .....	Localizaciones cerebrales.
PATOLOGÍA GENERAL .....	Hiperemia.
PATOLOGÍA INTERNA .....	Ataxia locomotriz progresiva.
PATOLOGÍA EXTERNA .....	Fracturas de la rótula.
CLÍNICA QUIRÚRGICA .....	Cateterismo de la vejiga.
MEDICINA OPERATORIA.....	Talla Hipogástrica.
HIGIENE .....	Del puerperio.
TOXICOLOGÍA .....	Intoxicación por la morfina.
CLÍNICA MÉDICA.....	Percusión.
OBSTETRICIA .....	Pelvis viciadas.
GINECOLOGÍA.....	Ligamentopexia abdominal Dejardin.
MEDICINA LEGAL .....	Muerte súbita.
TERAPÉUTICA.....	Acido salicílico.
BACTERIOLOGÍA. ....	Gonococo de Neisser.
ANATOMÍA PATOLÓGICA.....	De la fiebre tifoidea.
FARMACIA .....	Colirios.